

Charcot, qui avait la grande expérience de ces particularités malades, conseillait aux Parkinsoniens de voyager souvent, et dans des véhicules mal suspendus.

L'agitation factice, et surtout la distraction, qu'ils trouvent dans les voyages, permettent d'intercaler ainsi dans la triste existence de ces malades des périodes d'accalmie temporaire qu'il ne faut pas négliger de leur procurer, le cas échéant.

Un traitement à demeure, inspiré par cette remarque, a été expérimenté à la Salpêtrière. C'est le *fauteuil trépidant* dont le siège, grâce à un ingénieux mécanisme actionné par un aide, ou mieux par la vapeur ou l'électricité, est animé de balancements saccadés et de brusques soubresauts. Les malades prennent place sur ce siège cahoteur, renouvelé du *tremousoir* imaginé autrefois par l'abbé de Saint-Pierre, pour faire prendre de l'exercice aux personnes obligées à une existence trop sédentaire.

Les séances durent d'un quart d'heure à une demi-heure, entrecoupées de quelques pauses. On varie suivant les cas la rapidité du mouvement qui ne doit être ni trop accéléré ni trop longtemps prolongé, sous peine de causer une fatigue et un malaise assez pénibles.

Cette curieuse invention n'a pas donné toute la satisfaction qu'on en attendait. Outre la difficulté de trouver à demeure une force motrice suffisante pour le mettre en branle, le fauteuil trépidant ne procure aux Parkinsoniens qu'un soulagement contestable.

On peut en dire autant des autres procédés de *médecine vibratoire*, en particulier du *casque vibrant*, expérimenté par Gilles de la Tourette, Gautier et Larat. Les Parkinsoniens se prêtent difficilement à ces traitements peu pratiques et les secousses artificielles qu'ils subissent par ces procédés mécaniques ne leur font pas éprouver le même bien-être que les exercices accompagnés de distraction.

IV

Traitements des symptômes généraux.

Toutes les modifications révulsives ont été essayées dans le traitement de la maladie de Parkinson, mais leur vertu inconstante reste problématique.

L'*électricité* est couramment employée. Eduard C. Mann a rapporté un cas de guérison complète qui reste isolé au milieu de nombreux insuccès:

L'électricité statique (15 à 20 minutes de tabouret) devra être combinée aux applications de courants continus (5 à 10 milliampères, pendant 10 minutes, sur les membres les plus atteints).

C. Paul a conseillé les *bains galvaniques*, dont l'action curative est aussi inconstante.

De temps en temps, une application de *pointes de feu* sur la nuque et sur la colonne vertébrale produit un soulagement passager.

La *suspension*, qui agit parfois favorablement, pendant les premières séances, sur la raideur et le tremblement, n'a donné aucun résultat durable¹.

Les Parkinsoniens, souffrant presque toujours de la chaleur, acceptent avec plaisir les prescriptions d'*hydrothérapie*: lotions froides, enveloppement avec le drap mouillé, bains, douches froides en jet brisé ou en pluie, etc., chacun de ces procédés trouvera son application suivant le degré de validité du sujet. Une friction énergique avec une flanelle sèche devra toujours être faite à la suite.

Les *eaux thermales* n'agissent guère que par le changement et la distraction qu'elles apportent à la vie monotone et forcément inactive des malades. A ce titre, elles ont une action souvent bienfaisante. Il ne faut pas oublier cette occasion de pro-

1. Il nous paraît superflu de faire ressortir l'inutilité d'une intervention chirurgicale, telle que l'élongation des nerfs (BERGER, WESTPHAL).

curer aux paralytiques agitants quelques jours de mieux-être et de tranquillité (*Néris, Royat, Bagnères-de-Bigorre, Lamalou*).

Enfin, on aura recours à tous les procédés thérapeutiques capables de relever les forces des malades. Régime substantiel et médication tonique.

Les *injections séquardiennes* n'ont pas réussi plus longtemps ni plus efficacement chez les Parkinsoniens que dans les autres maladies nerveuses.

Les *injections de sérum artificiel* ont parfois une influence heureuse, mais peu durable.

Un certain nombre d'observations ayant fait connaître la possibilité d'ictus apoplectiformes suivis du syndrome de la paralysie agitante ou survenant au cours de la maladie déjà confirmée, il sera bon d'instituer, par périodes, une médication *iodurée*, alternant avec l'emploi des alcaloïdes prescrits contre le tremblement. Dans les formes frustes en particulier, où les accidents affectent une localisation monoplégique ou hémiplégique, on peut espérer retarder de la sorte la généralisation de la raideur et du tremblement qui survient toujours à plus ou moins longue échéance.

V

Traitement psychique.

Pour terminer, il nous paraît opportun de rappeler brièvement quelques particularités concernant l'état mental des Parkinsoniens.

Car si les procédés thérapeutiques usités aujourd'hui sont rarement efficaces contre les incommodités physiques créées par la maladie, une sage discipline psychique peut parfois en atténuer les rigueurs et rendre tolérable une existence qui, sans cela, devient rapidement insupportable aux malades et à leur entourage.

Brissaud a judicieusement insisté sur ce point, et de

ses remarques on peut déduire d'utiles conseils pratiques.

Le Parkinsonien est souvent considéré comme déchu intellectuellement. Son apparence permet cette erreur. Immobile, renfermé en lui-même, ne parlant pas plus qu'il ne bouge, indifférent en apparence à tous les propos et à tous les événements, il semble inapte à participer aux choses de la vie courante, ou décidé à s'en désintéresser volontairement.

A le juger sur son masque impassible qui rappelle singulièrement celui des pseudo-bulbaires, à voir son regard sombre et anxieux, on s'imagine facilement avoir affaire à un vieillard méfiant et morose, intellectuellement amoindri.

En général, il n'en est rien. Le Parkinsonien conserve pendant longtemps, souvent même jusqu'à la fin de sa vie, toute sa lucidité d'esprit.

Il comprend et apprécie sainement toutes choses. Son intelligence n'est pas torpide et son jugement reste parfait. Mais, quand il s'agit d'extérioriser ses impressions, son visage demeure immobile, son geste paralysé. Aucun éclair de l'œil, aucune mimique expressive ne vient traduire sa pensée ni ses sentiments.

Cependant, il s'intéresse à tout, saisit tout, ressent toutes les passions humaines.

Désolé de son infirmité, hanté surtout par la crainte du sourire qu'excitent malheureusement parfois son tremblement de fileur de laine et sa démarche précipitée, il répugne à sortir dans la rue, à fréquenter les endroits publics. Ses mains inhabiles lui refusent tout service, partant toute distraction. Ecrire est pour lui un supplice, lire le fatigue rapidement.

Après maintes tentatives infructueuses pour s'occuper isolément, il tombe dans cette torpeur figée qui devient bientôt invincible et dont il souffre intérieurement, sans que rien trahisse au dehors sa souffrance morale, plus pénible encore que ses infirmités physiques.

Dans cet état, on conçoit que toute diversion ne peut être que salutaire. Une visite sympathique, une lecture intéressante

apportent toujours la distraction, et avec elle quelques instants de bien-être.

Voilà ce qu'il sera bon de répéter aux personnes de l'entourage des Parkinsoniens, et, loin de condamner les malades à la retraite, il faut les engager à accepter toutes les distractions qui peuvent leur être offertes.

Un Parkinsonien qui reçoit une bonne nouvelle, qui, triomphant de sa peur du ridicule, passe une journée en agréable compagnie, ou assiste à un spectacle nouveau et séduisant, éprouve toujours une amélioration plus ou moins durable. On ne saurait trop multiplier ces moments d'accalmie, et c'est à ce titre surtout que les voyages sont recommandables.

Par contre, ces malades ressentent cruellement les fâcheux effets des chagrins et des contrariétés. Les émotions et les fatigues de toutes sortes leur sont particulièrement pénibles. D'où le conseil de leur éviter le plus d'ennuis possible et de ne pas outrepasser la limite de leurs forces dans les promenades et les voyages qu'ils entreprendront.

Ces remarques s'appliquent à un nombre de cas beaucoup plus grand qu'on ne le croit en général. Il en est d'autres cependant où les troubles psychiques revêtent une forme franchement vésanique. Les idées de doute et les idées mélancoliques sont les plus fréquentes, elles peuvent devenir l'origine d'un véritable délire. Quelques malades ont même des idées de suicide. Mais ces tendances sont rendues irréalisables par la difficulté que les sujets éprouvent à mettre leur projet à exécution. Aussi n'est-on guère obligé d'enfermer les Parkinsoniens atteints de troubles vésaniques.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DES CHORÉES ARYTHMIQUES

PAR

M. LANNOIS

Agrégé, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

I

Considérations générales.

Dans une communication au 1^{er} Congrès de médecine de Lyon¹, j'ai indiqué quelle me paraissait être, à l'heure actuelle, la classification possible des diverses variétés de chorée arythmique. Je la rappellerai brièvement en tête de cette étude.

Les chorées arythmiques peuvent être divisées en trois groupes.

Le premier est constitué par la *chorée de Sydenham* et ses diverses modalités cliniques bien connues, la chorée molle, la chorée de la grossesse et peut-être aussi la chorée des vieillards dont les cas doivent d'ailleurs être rares et ont été le plus souvent le résultat d'une confusion avec les chorées chroniques progressives ou les chorées symptomatiques de lésions cérébrales. C'est le groupe le plus important.

Le deuxième est constitué par des chorées survenant chez l'adulte ou même à un âge avancé et dont l'évolution lente

1. LANNOIS. — 1^{er} Congrès de médecine, Lyon, 1894, et *Revue neurologique*, 1895.